Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Trzy przypadki osteotomii.

Podał Dr. Schramm.

Od czasu wprowadzenia sposobu operowania i leczenia ran ściśle przeciwgnilnego przez Listera zakres operacyi chirurgicznéj rozszerzył się bardzo znacznie i dziś prawie na porządku dziennym są takie operacyje, które jeszcze przed 10 laty były albo całkiem nieznane, lub których przedsiębrania zakazywało groźne niebezpieczeństwo gnilicy i ropnicy. Do takich operacyj zaliczyć także wypada osteotomiję. Kto bowiem wié jak wielki był procent śmiertelności przy komplikowanych złamaniach kości ten pojmie, że niełatwo było znaleść chirurga, któryby w celu wyleczenia wady wrodzonéj lub nabytéj odważył się na sprowadzenie takiego złamania sztucznie przez odsłonięcie i przecięcie kości, a nawet Towarzystwo chirurgów w r. 1855 orzekło, że osteotomija jest operacyją barbarzyńską, która co najwyżéj może miéć miejsce tylko w historyi chirurgii *(Brechet. Gaz. med. Strassburg 1879)*. A zatém do usunięcia krzywicznych zniekształtnień odnóg, do wyleczenia zboczeń w stawach zwłaszcza w postaci *genu valgum*, *pes varus*, *equinus* i t. d. używano prawie wyłącznie najrozmaitszych maszyn. Leczenie takie jednak trwało lata, wymagało bardzo troskliwéj i ciągłéj opieki lekarskiéj, a często zwłaszcza przy wyższych, a zatém najbardziéj dokuczliwych stopniach zboczenia, leczenie to nie miało żadnego skutku.

Wprowadzenie operowania i leczenia ran ściśle przeciwgnilnego wpłynęło bardzo stanowczo i korzystnie i na ten dział chirurgii. Gdy się bowiem przekonano, że świeże złamania kości długich powikłane z rozdarciem skóry, goją się pod opatrunkiem Listera bardzo pomyślnie, odważono się w celach leczniczych sprowadzać podobne uszkodzenia sztucznie w nadziei, że postępowaniem tém uda się wyleczyć dane zboczenie szybko, pewnie i bez narażenia chorego na znaczniejsze niebezpieczeństwo.

Nadzieje te zostały zupełnie usprawiedliwione doświadczeniem, a jako dalszy dowód tego niech mi wolno będzie opisać 3 przypadki osteotomii wykonane w klinice prof. Bryka. Przypadki te stanowią właściwie 5 osteotomij, gdyż u jednego z chorych operacyję tę wykonano 3 razy w różnych miejscach, a przedstawiają one zarazem 3 rodzaje osteotomii, mianowicie nadcięcie kości długiéj i złamanie jéj w celu usunięcia nieprawidłowego skrzywienia jéj osi, przepiłowanie wyrostka stawowego w celu usunięcia zbezkształtnienia w kolanie, wreszcie wycięcie klina złożonego z odcinków kilku przylegających do siebie kości stopy.

Przypadki te opiszę w streszczeniu:

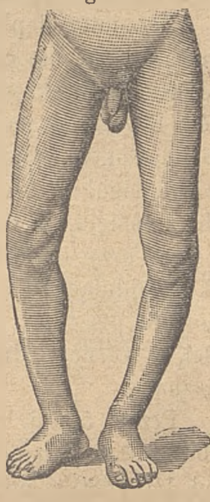
I. Wygięcie krzywicze obu kości goleniowych. Osteotomija dwukrotna na podudziu prawém i jednorazowa na lewém. Wyleczenie.

R. M. lat 17 liczący zecer, pochodzi z rodziny zdrowéj, przebywał w dzieciństwie ospę i odrę, a nadto w 1 roku życia zapadł na krzywicę, po któréj pozostało znaczne zboczenie w kształcie odnóg dolnych, i z tego powodu właśnie M. zgłosił się do kliniki chirurgicznéj. Badany w dniu 5/11 1879 r. przedstawił stan następujący. Chłopiec na wiek swój słabo rozwinięty, mięśnie wiotkie. Kości czaszki, twarzy, klatki piersiowéj, jako też odnogi górne i kręgosłup nie przedstawiają żadnych zboczeń, miednica prawidłowa. Odnogi dolne łukowato wygięte, tak że przy stykaniu się jednéj stopy z drugą odległość między kłykciami wewnętrznemi

kości udowych wynosi 14 cm. Największa jednak krzywizna przypada na dolne części obu podudzi, tak że na granicy między dolną a środkową trzecią częścią kości te są jakby nadłamane. Wiązadła kolanowe zewnętrzne wiotkie, wewnętrzne naprężone i skurczone, w ogóle jednak tak ruchy obrotowe, w kolanie po zagięciu podudzia, jak też ruchy odwodzące są łatwiejsze i obszerniejsze niż w stanie prawidłowym.

W skutek znacznego skrzywienia kości podudzia M. stąpa więcéj na zewnętrzny brzeg stopy, tak że rozwinął się u niego lekki stopień *pedis vari*. Wreszcie dodać mi wypada, że wszystkie wspomniane zmiany chorobowe dosięgły nieco wyższego stopnia na odnodze prawéj niż na lewéj, jak to przedstawia (fig. 1).

Fig. 1.



W czasie zupełnego spoczynku nie doznaje M. żadnego bólu, jeżeli jednak chodzi cokolwiek więcéj, natenczas występuje ból dokuczliwy w obu stawach kolanowych zwłaszcza w prawym. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje żadnych zboczeń, tętno i ciepłota prawidłowe.

W obec znacznego stopnia skrzywienia kości i zadawnienia sprawy chorobowéj, nie można było ani myśleć o usunięciu zboczenia za pomocą leczenia ortopedycznego. A przecie zboczenie to było ważne, gdyż nieprawidłowe ułożenie stawów kolanowych i stóp było przyczyną znacznych bólów i czyniło M. niezdatnym do pracy, zwłaszcza, że jako zecer zmuszony był prawie do ciągłego stania. Jedynym więc sposobem uwolnienia chorego od tych dolegliwości było sprostowanie odnóg dolnych drogą operacyjną, za pomocą osteotomii, do któréj też prof. Bryk przystąpił dnia 9/11 1879. Po dokładnem obmyciu całego podudzia prawego kwasem karbolowym zachloroformowano chłopca, a po założeniu opaski Esmarcha poprowadził prof. B. w dolnéj

trzeciéj części podudzia na wewnętrznéj ścianie piszczela i prostopadle do osi téjże kości cięcie na 2 cm. długie przez wszystkie części miękkie. Następnie przecięto kość w większéj połowie jéj grubości dłutkiem resztę złamano przez wyprostowanie podudzia. Cała ta operacyja odbyła się pod mgłą kwasu karbolowego. Ranę pokryto opatrunkiem Listera a w końcu ustalono podudzie za pomocą opaski gipsowéj, sięgającéj od połowy uda aż na stopę zaznaczając nitką miejsce odpowiadające ranie, aby w razie potrzeby w miejscu tém można wyciąć okno.

Na drugi dzień po operacyi ciepłota podniosła się do 38·2. Z tego powodu wycięto w gipsie okienko po nad raną, gdy jednak na gazie karbolowéj znajdowała się tylko mała plama od zaschłéj surowicy, przeto rany nie odsłaniano.

Nazajutrz ciepłota wróciła do prawidłowego stanu, i już potem ani raz nie podniosło się ponad 37.6. Bólów w ranie lub jakichkolwiek przypadów nie było zupełnie. Dnia 18/12 zatém 6 tygodni po operacyi przecięto opaskę gipsową i odjęto opatrunek, pod którym rana była całkowicie zagojona pokryta cienkim brunatnym strupkiem. Kość była zupełnie stale zrośnięta, w miejscu przecięcia zupełnie nie zgrubiała, a nawet przy dokładném macaniu wyczuć można płytki rowek znajdujący się w miejscu rany kostnéj. Skrzywienie łukowate piszczela zupełnie wyrównane w dolnéj części téjże kości, w górnéj jednak jéj połowie pozostała krzywizna dość znaczna.

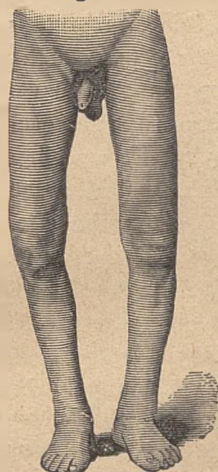
Przez 5 dni następnych kładziono operowaną nogę w but Petita następnie zakładano samą opaskę flanelową a od 1/1 1880 r. pozostał operowany bez żadnego opatrunku. W dniu 7/1 1880 przystąpił prof. B. do osteotomii na lewém podudziu, którą wykonał na granicy między górną a średnią trzecią częścią kości zupełnie w ten sam sposób jak to opisałem poprzednio. Po wyprostowaniu podudzia odstęp między obu odłamkami piszczela wynosił 3 do 4 mm., strzałka pozostała nienaruszona. Po zespojeniu rany 5ma szwami z katgutu i pokryciu jéj opatrunkiem Listera ustalono podudzie w prawidłowém położeniu za pomocą opaski gipsowéj.

Po wyschnięciu gipsu przystąpił prof. B. do powtórnéj osteotomii na podudziu prawém w celu zniesienia pozostałéj jeszcze krzywizny w górnéj jego części. Operacyja ta została wykonana w ten sam sposób i w tém samém miejscu co i na podudziu lewém. Oba odłamki piszczela po przyprowadzeniu odnogi do prawidłowego położenia odstawały na 5mm. Ranę zespojono 6 szwami katgutowemi, opatrzono sposobem Listera i odnogę tę podobnie jak lewą ustalono opaską gipsową. Nadmienić mi wypada, że przy przecinaniu obu kości wyszczerbiło się dłutko tak, że okruszyny stali pozostały w kości. Przez dwa dni następne chłopiec doznawał lekkiego bólu w miejscu ran, ciepłota podniosła się wieczorem dnia drugiego do 38° późniéj utrzymywała się stale między 37.5 a 37.6° C. Stan ogólny operowanego nie pozostawiał nic do życzenia.

D. 3/3 zatém w 8 tygodni po operacyi zdjęto ostrożnie opaskę gipsową z lewéj odnogi. W miejscu przecięcia kości znajdowała się jeszcze ranka zupełnie powierzchowna, kość była mocno zrośnięta. Założono więc opatrunek aseptyczny i odnogę ustalono w rynience gipsowéj.

W dniu 6/3 zdjęto opaskę gipsową z odnogi prawéj. Kość była zupełnie zrośnięta, tylko podobnie jak na podudziu lewém znajdowała się mała ranka powierzchowna. Opatrzono ją więc aseptycznie i odnogę ułożono w rynience gipsowéj. Uwagi godną jest ta okoliczność, że podobnie jak po pierwszéj osteotomii, tak i tym razem w miejscu zrośnięcia się kości nie było żadnego zgrubienia, lecz owszem kości pozrastały się tak, że przy obmacywaniu nie można było wyczuć miejsca nadwyrężenia.

Fig. 2.



Do dnia 15/3 leżał chory w rynienkach gipsowych a następnie do-

stawał co dzień ciepłą kąpiel. W pierwszych dniach kwietnia zaczął chodzić z pomocą kul a 19 kwietnia 1880 opuścił klinikę zupełnie wyleczony. Kształt jego nóg przedstawia (fig. 2) zdjęta z fotografii.

II. *Genu valgum* znacznego stopnia osteotomija sposobem Ogstona. Wyleczenie.

Kuźniarski Jan, lat 22 liczący, piekarz, pochodzi z rodziny zdrowéj, w młodości nie przebywał żadnych ważniejszych chorób. W 13 roku życia oddany został na naukę do piekarza, a w czwartym roku terminowania spostrzegł, że kolano prawe zaczęło zbaczać ku wewnątrz. Przez całe te 4 lata zmuszony był stać bardzo dużo, nosić ciężkie worki z mąką a wsadzając chleb do pieca przyjmował zawsze taką postawę, że nogę prawą wysuwał ku przodowi, zaginając kolano tak że cały prawie ciężar ciała spoczywał na wewnętrznéj połowie kolana prawego.

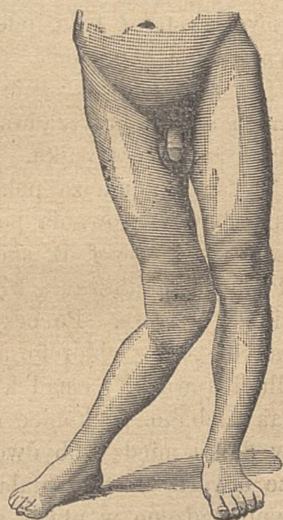
Gdy wygięcie tegoż kolana na wewnątrz dosięgło już nieco większego stopnia występowały dość silne bóle, wzmagające się przy cięższéj pracy, kolano utraciło swą stałość, tak że K. często upadał, zwiększając przez to swe dolegliwości. Wreszcie zmuszony był opuścić na czas jakiś swój zawód, przepędził kilka miesięcy w spokoju; gdy jednak przy ponownêm rozpoczęciu swego zawodu, bóle w kolanie i inne dolegliwości na nowo i z większą siłą wystąpiły, pzybył K. w celu szukania pomocy na klinikę chirurgiczną, gdzie znaleziono stan następujący:

Stan odżywienia mierny, kościec dobrze rozwinięty, na głowie i szyi nie ma żadnych zboczeń, klatka piersiowa szeroka, płaska; łopatka lewa nieco wyżéj ustawiona niż prawa, kręgosłup w części swéj lędźwiowéj lekko na lewo wykrzywiony. Narząd oddechania, krążenia i trawienia nie przedstawia żadnych zboczeń. Miednica nieco skośnie ustawiona tak że lewa jéj połowa położona jest wyżéj niż prawa. Lewa odnoga dolna lepiéj odżywiona, mięśnie na niéj znacznie jędrniejsze niż na prawéj, która w kształcie swym przedstawia znaczne zboczenia. Tworzy ona bowiem kąt, wklęsło-

ścią na zewnątrz zwrócony, którego wierzchołek tworzą znacznie zgrubiałe kłykcie wewnętrzne kości udowéj i piszczela. Kąt ten wynosi 110°. Rzepka ustawiona jest powyżéj kłykciów i na zewnątrz od nich, tak że odstęp ten wynosi 6 cm. Objętość stawu kolanowego prawego zwiększona, wynosi tuż pod rzepką 38½ cm., podczas gdy obwód kolana lewego nawet przez środek rzepki wynosi tylko 35 cm. Części miękkie po stronie wewn. kolana chorego są naprężone po stronie zaś wewnętrznéj skurczone więzadła i ścięgno mięśnia dwugłowego rysują się bardzo wyraźnie pod skórą. Po zagięciu podudzia prawego nieforemność kolana prawie zupełnie się wyrównywa wyniosłość utworzona przez kłykcie wewnętrzne znika, rzepka posuwa się nieco na dół i nieco więcéj na zewnątrz tworząc w tém położeniu punkt przeciwległy kłykciom wewnętrznym.

W postawie stojącéj badanego i przy stykaniu się kolan, odstęp między piętami wynosi 18 cm., między dużemi palcami zaś 24 cm. Podeszwa obu stóp płaska, a nawet brzeg zewnętrzny stopy prawéj nieco podniesiony ku górze. Stan chorego przed operacyją przedstawia (fig. 3).

Fig. 3.



Przyczyny rozwinięcia się tych zboczeń w naszym przypadku są zupełnie jasne i zrozumiałe. Chory nasz, nosząc worki z mąką na plecach i zmuszony z zawodu swego przepędzać znaczną część doby na nogach obciążał zanadto stawy kolanowe, zwłaszcza prawy. Przy każdém zaś obciążeniu kadłuba ucisk przenosi się więcéj na kłykcie wewnętrzne, które też w skutek tego drażnienia przerastają, podczas gdy zewnętrzne rozwijają się słabiéj, a nawet zanikają. Naturalném następstwem tego jest, że osie uda i podudzia tworzą kąt na zewnątrz rozwarty. Przy dłuższém trwaniu cierpienia

części miękkie po stronie zewnętrznéj stawu ulegają skróceniu, przyczyniając się w ten sposób ze swéj strony do powiększenia zbezkształcenia. Łatwo także zrozumieć, że przy takiem uformowaniu stawu kolanowego cały ciężar ciała przenosić się musi prawie całkiem na wewnętrzny brzeg stopy, który téż ulega przypłaszczeniu, dając tym sposobem początek następnemu wytworzeniu się *pedis valgi.* Jedna jeszcze okoliczność zasługuje na bliższą uwagę w naszym przypadku, a mianowicie położenie rzepki. Zwykle bowiem kość ta mimo zboczenia w stawie kolanowym pozostaje w swém prawidłowém położeniu, lub przynajmniéj przyjmuje je napowrót przy zagięciu chorego kolana. U naszego zaś chorego zboczenie rzepki na zewnątrz nie wyrównywało się całkiem po zagięciu kolana, owszem kość ta posuwała się jeszcze bardziéj na zewnątrz, dając przez to dowód wysokiego stopnia zaniku kłykci zewnętrznych, a przerostu wewnętrznych.

Porzucenie zawodu i dłuższy spokój, jako środki lecznicze były u naszego chorego zupełnie niewystarczające, gdyż tym sposobem możnaby tylko na czas krótki zapobiedz rozwojowi choroby, nie ulega jednak najmniejszéj wątpliwości, że przy ponownem używaniu kończyny musiałyby na nowo wystąpić bóle, pochodzące od ucisku na kłykcie wewnętrzne i naprężenia więzadeł stawowych. Również nie na miejscu byłoby leczenie ortopedyczne za pomocą odpowiednich szyn i przyrządów, gdyż leczenie takie nie obiecywało żadnego wyniku. Pozostawało więc jedynie usunięcie zbeskształtnienia za pomocą osteotomii. Z pomiędzy licznych sposobów operowania podawanych przez rozmaitych chirurgów wybrał prof. B. sposób Ogstona, polegający jak wiadomo na odpiłowaniu kłykcia wewnętrznego uda i przesunięciu go w górę. Po oczyszczeniu więc dokładnem pola operacyjnego i zachloroformowaniu chorego, wbił prof. B. nóż długi a wąski po nad kłykciem wewnętrznym kości udowéj tak głęboko, że koniec noża czuć można było przez skórę w dołku między obydwoma kłykciami udowemi, jako dowód że otwartą także została torebka stawowa. Po wyjęciu noża wprowadzono w otwór przez niego zrobiony piłkę nożyko-

watą, którą piłowano kłykieć wewnętrzny w kierunku ku tyłowi, ku górze i ku wewnątrz. Gdy już większa część grubości kłykcia była przepiłowaną, wyjęto piłkę i przez przyprowadzenie podudzia w położenie prawidłowe odłamano resztę nieprzepiłowanej kości. Cała operacyja odbyła się pod ciepłą mgłą karbolową. Ranę pokryto opatrunkiem Listera, a w celu zupełnego unieruchomienia odnogi, założono opaskę gipsową obejmującą miednicę i sięgającą aż poniżéj kostek operowanéj odnogi, którą ułożono w klatce Saltera. Wieczorem tego samego dnia ciepłota podniosła się do 38·5, wystąpiły lekkie bóle w kolanie operowaném, zresztą stan pomyślny.

14/2 rano ciepłota 38·3, chory uskarża się na ciężkość w oddechaniu, palce zagipsowanéj nogi nieco obrzmiałe i sinawe. Z tego powodu wycięto część opaski gipsowéj z miednicy i ze stopy aż do połowy podudzia. Przez nattępne 5 dni do 19/2 gorączka ciągła, ciepłota wacha między 39·1 a 38·3° C. Objaw ten, jakotéż bóle utrzymujące stale w kolanie zmusiły do odcięcia opaski gipsowéj. Po rozcięciu jéj okazała się na opatrunku Listera plama wielkości talara, barwy ciemno-czerwonéj, pochodząca z krwi skrzeplej i niecuchnąca. Kolano w prawidłowém ułożeniu. W obec takiego stanu rzeczy, a mianowicie przy braku wszelkich śladów wydzieliny ropnéj na opasce, postanowiono rany nie odsłaniać. Opatrunek pierwotny pokryto jeszcze warstwą waty salicylowéj i ułożono odnogę w bucie Petita.

Nazajutrz rano spostrzeżono lekkie zboczenie podudzia na zewnątrz, inne przypady pozostały te same co poprzednio; nadmienić tylko wypada, że chory kaszle dosyć często, a w nocy zrywa się, poruszając przy tém całą odnogę operowaną.—Gorączka lubo mniejsza, między 38·5 a 37·9° C. utrzymywała się aż do 25/2 tj. przez dni 13, również bóle w kolanie zmniejszały się, a dla zupełnego usunięcia ich i głównie w celu zapobiegnięcia zrywaniom się w nocy, i niepokojeniu kolana, wstrzykiwano co wieczór po 2 ctgr. morfiny.

Od 25/2 do 6/3 stan bezgorączkowy, bóle w krtani

ustąpiły zupełnie, jednak zboczenie podudzia na zewnątrz powiększyło się cokolwiek.

W dniu 6/3 zatém w 23 dni po operacyi odjęto pierwotny opatrunek Listera. Rana w skórze była zupełnie zabliźniona, pokryta cienkim strupkiem, kolano nieobrzmiałe i niebolesne. Ruchy bierne w kolanie utrzymane, więzadło zewnętrzne jakotéż ścięgno mięśnia dwugłowego napięte wymacać się dają pod skórą jako pasma postronkowate.

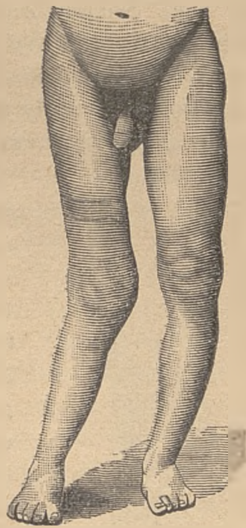
Po pokryciu kolana watą salicylową założono opaskę gipsową, sięgającą od połowy uda do połowy podudzia, poczém ułożono odnogę w klatce Saltera.

Dnia 3/4 odjęto opaskę gipsową. Stan kolana w dniu tym był następujący: Rana w skórze zupełnie zabliźniona, kolano niebolesne, obwód jego mierzony tuż pod rzepką wynosi 37 cm. zatém o 1½ cm. mniéj niż przed operacyją. Kąt jaki tworzy oś uda z osią podudzia wynosi 155°. W celu zniesienia tego zboczenia, zachloroformowano chorego a po przyprowadzeniu podudzia w położenie prawidłowe założono ponownie opaskę gipsową od połowy uda do połowy podudzia. Po ocuceniu się z uśpienia chory skarży się na lekkie bóle w kolanie, które wkrótce ustąpiły, zresztą zabieg ten nie wywołał żadnych innych przypadów. Od dnia 23/4 chory nasz zaczyna chodzić na kulach. 25/5 zdjęto opaskę gipsową, ruchy w kolanie operowaném ograniczone, tak że kąt między zupełném wyprostowaniem podudzia a największém możliwém zagięciem wynosi tylko 10 stopni. Bólu w kolanie nie ma zupełnie.

Dnia 27/6 zatém w cztery i pół miesiąca po operacyi opuszcza K. klinikę a stan jego był następujący: Klatka piersiowa zupełnie prawidłowéj budowy, łopatki obie jednakowo ustawione. Kręgosłup w części swéj lędźwiowéj zbacza zaledwo dostrzegalnie na prawo. Obie odnogi dolne prawie jednakowo odżywione. Kolano prawe zbacza nieco na wewnątrz, tak że kąt między udem a podudziem téjże strony wynosi 158.—Więzadło zewnętrzne i ścięgno mięśnia dwugłowego mocno napięte. Obwód kolana prawego 37, lewego 35 cm. W postawie stojącéj i po zbliżeniu obu kolan do

siebie odstęp między oboma piętami wynosi 5 cm., między palcami wielkiemi 9 cm., podczas gdy przed operacyją wymiary te ks.tałtu odnogi wynosiły 16 i 24 cm. Bardzo znaczne polepszenie przedstawia najlepiéj rycina (fig. 4).

Fig. 4.



Operowany jednak jest w stanie przez cokolwiek silniejsze działanie mięśni zbliżyć obie stopy do siebie tak, że dotykają się w całości swemi brzegami wewnętrznemi. Kształt stóp nie zmienil się pozostały one tak, jak były przed operacyją płaskiemi. Ruchy w kolanie tak bierne jak i czynne możliwe lubo jak to już wyżéj wspomniałem znacznie ograniczone.

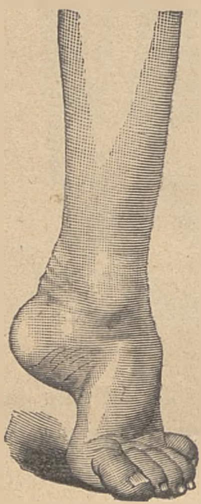
Kuźniarski przedstawił się w maju 1881 r., zatém przeszło rok po operacyi. Stan jego kolana zmienił się o tyle, że zboczenie podudzia powiększyło się o kilka stopni, jednak K. jest w stanie wyrównać je przez samo działanie mięśni. W celu zapobiegnięcia dalszemu rozwojowi skrzywienia założono na kolano operowane szynę ustalającą Lorinsera.

III. Stopa końska lewa *(Pes equinus)*. Wycięcie klina kostnego z grzbietu stopy, przecięcie ścięgna Achillesa. Wyleczenie.

Józefa Krumholz lat 13 licząca, pochodzi z rodziców zdrowych, prócz przebycia ospy i kilkakrotnéj zimnicy nie przypomina sobie żadnych innych chorób, a przybywa na klinikę z powodu zbezkształtnienia stopy lewéj w postaci tak zwanéj stopy końskiéj, które to zboczenie trwać ma już od pierwszego niemowlęctwa. Badanie w dniu przyjęcia K. do kliniki dnia 11/1 1881 wykazało stan następujący. Dziewczynka miernie odżywiona, na wiek swój dobrze rozwi-

nięta, skóra blada, delikatna. Narząd oddechania, krążenia i trawienia nie przedstawiają żadnych zboczeń. Odnoga dolna lewa krótsza o 2 cm. od prawéj i chudsza, stopa jéj przedstawia kształt stopy końskiéj, tak że przy chodzeniu opiera się K. tylko na główkach kości śródstopia i palcach téjże nogi. Ścięgno Achillesa, jakotéż ścięgno zginacza krótkiego palców i powięż stopowa mocno skurczone i napięte. Kształt téj stopy przed operacyją przedstawia (fig. 5). W celu usunięcia téj wady wykonał prof. Bryk d. 27/1 b. r. osteotomiję stopy w sposób następujący:

Fig. 5.



Po dokładném oczyszczeniu całéj stopy kwasem karbolowym 2%, po zachloroformowaniu dziewczyny i założeniu opaski Esmarcha poprowadził prof. cięcie przez grzbiet stopy, idące od środka odstępu między kostką wewnętrzną a kością klinową pierwszą a sięgające do środka odstępu między kostką zewnętrzną a wyrostkiem kości sześciennéj, idące przez wszystkie części miękkie aż do kości.

Założywszy 4 ligatury z katgutu na widoczne naczynia odsłonił prof. stan Choparta i za pomocą piłki Szymanowskiego wypiłował klin, ktorego podstawa była na grzbiecie stopy i jéj brzegu wewnętrznym, ostrze zaś skierowane było ku podeszwie i na zewnątrz. Klin ten składał się z następujących kości: z główki kości skokowéj, tylnéj połowy kości czółenkowatéj i tylnego odcinka kości sześciennéj; powierzchnia zaś stawowa przednia kości piętowéj ogołocona została z chrząstki za pomocą dłutka. Po wyjęciu tego klina okazało się, że skurczone ścięgno Achillesa przeszkadza dokładnemu przyleganiu powierzchni resekcyjnych, dla tego téż wykonał prof. Bryk tenotomiję tego ścięgna, a ranę ztąd pozostałą zalepiono natychmiast watą salicylową

umaczaną w kolodium i pokryto ją paskami plastru angielskiego.

Teraz powierzchnie przeciętych kości dały się złożyć zupełnie dokładnie. Odjęto więc wąż Esmarcha, a gdy żadne naczynie nie krwawiło, zespoił prof. przecięte ścięgna na grzbiecie stopy i ranę skórną katgutem.

Cała ta operacyja odbyła się pod ciepłą mgłą tymolową, wreszcie pokryto ranę silkiem i kawałkiem gazy karbolowéj, a odsunąwszy rozpylacz przystąpiono do założenia przyrządu ustalającego, jak prof. Bryk używał zawsze na swéj klinice, ilekroć chodziło o zupełne unieruchomnienie stopy. Przyrząd ten jest następujący. Najpierw zakłada się opaskę gipsową od kostek aż powyżéj kolana. Po wyschnięciu téj opaski przytwierdza się stopę za pomocą plastrów do wyścielonéj płytki blaszanéj opatrzonéj odpowiednią rynewką dla podparcia pięty, od któréj to płytki idą trzy mocne druty wygięte półkolisto a następnie przylegające dokładnie do założonéj opaski gipsowéj, do któréj przymocowuje się je za pomocą 2 lub 3 warstw takiéjże opaski. Po wyschnięciu téj powierzchownéj warstwy gipsu pokryto całą stopę opatrunkiem Listera, odniesiono operowaną na salę, a odnogę ułożono w klatce Saltera w położeniu poziomém. Opaska w ten sposób założona pozostawała przez dni 12. Ciepłota, z wyjątkiem drugiego dnia po operacyi, w którym podniosła się do 38.5, pozostała ciągle prawidłową, chora prócz lekkich bólów w miejscu operowaném nie doznawała żadnych dolegliwości.

W 12 dniu po operacyi odsłonięto stopę a stan jéj był następujący. Rana na grzbiecie stopy zagojona *per primam intentionem* z wyjątkiem kąta zewnętrznego i wewnętrznego, gdzie znajdują się granulacyje żywo czerwone pokryte skąpą ilością śluzowo ropnéj. wydzieliny. Stopa, spoczywająca na szynie w prawidłowém położeniu, nie obrzmiała, nie bolesna. Po oddaleniu skąpéj wydzieliny i kawałków oprzałego przyskórka pokryto stopę na nowo opatrunkiem Listera i ułożono jak poprzednio w klatce Saltera. Rany po tenotomii zupełnie nic odkrywano. Dnia 11/1 tj. w 42 dni po operacyi

odjęto opatrunek powtórnie. Przez cały ten czas stan choréj nie pozostawiał nic do życzenia. Przy oglądaniu stopy znaleziono ranę na grzbiecie zupełnie zabliźnioną z wyjątkiem miejsca wielkości soczewicy w zewnętrznym kącie rany, pokrytego żywemi granulacyjami. Rana po tenotomii zagojona, ruchy palcami ustrzymane, jako dowód, że przecięte, a następnie zespojone ściągna na grzbiecie stopy dokładnie się pozrastały.

Fig. 6.



W dniu tym zatém odjęto przyrząd ustalający, granulacyje zbyt mocno bujające przylapisowano, a po założeniu opatrunku aseptycznego ułożono odnogę w bucie Petita, w którym dziewczyna pozostała przez dni kilkanaście, aż do zupełnego zabliźnienia się rany, a następnie od dnia 28/3 zaczęła chodzić o kulach. W połowie czerwca mógła już chodzić o własnych siłach, kształt jéj stopy w dniu opuszczenia kliniki dnia 3/7 przedstawia (fig. 6).

Dziewczynka ta przedstawiała się jeszcze kilka razy w klinice. Operowana stopa ma kształt zupełnie prawidłowy.

Z powyższych zatém przypadków można wyprowadzić następujące ważne wnioski:

Osteotomija nie jest operacyją niebezpieczną, gdyż przy danych korzystnych warunkach rana przy téj operacyi zadana goi się bez żadnych groźniejszych przypadków. Przez te korzystne i niezbędne warunki rozumieć należy zachowanie wszelkich ostrożności antyseptycznych podczas operacyi i zupełne unieruchomienie operowanéj odnogi. Najlepszym sposobem unieruchomienia wydaje się nam założenie opaski gipsowéj lub trypolitowéj na operowaną odnogę tak, aby przynajmniéj obydwa stawy, z któremi graniczą kości przepiłowane, były objęte opaską. Rozumie się samo przez się,

że poprzednio na ranę założyć należy opatrunek Listera. Jak korzystne jest takie postępowanie, poucza najlepiéj przypadek I, w którym tego sposobu użyto dwa razy. Opatrunek w powyższy sposób założony leżał bez zmiany 6 8 tygodni, przez cały czas nie było zupełnie gorączki, a po zdjęciu opatrunku okazała się rana zupełnie zagojona.

Drugi w podobny sposób leczony przypadek, okazał przebieg nieco odmienny. Zasługuje bowiem na uwagę, że już na drugi dzień po operacyi pojawiła się gorączka, lubo nie bardzo wysoka, która w jednakowym prawie stopniu trwała przez dni 13. Gorączka téż była przyczyną, że w 5 dni po operacyi odjęto opaskę gipsową, a odnogę ułożono na szynie Petita. Ten jednak przypadek właśnie dowodzi wyższości opaski twardniejącéj nad wszelkim innym przyrządem ustalającym, gdyż już nazajutrz po zdjęciu gipsu podudzie zboczyło na zewnątrz, poddając się mimo ułożenia w bucie Petita działaniu mięśnia dwugłowego. Zachodziłoby tylko pytanie, co spowodowało gorączkę w tym przypadku? Że w otwartym przez operacyję stawie odbyła się sprawa zapalna, dowodzi powstanie ankylozy; czy jednak zapalenie to wzniecone zostało przez pozostałe w stawie trociny kostne, czy przyczyną jego były bardzo niekorzystne stosunki higijeniczne w naszéj klinice, tak że mimo wszelkich usiłowań operacyja nie odbyła się ściśle przeciwgnilnie, są to pytania, na które nie mogę stanowczo odpowiedzieć, przypisałbym jednak większe znaczenie przyczynie drugiéj, już dla tego, że doświadczenie z innych klinik poucza, że takie drobne odłamki kości mogą być wessane bez żadnych przypadów. Mimo to jednak przypadek nasz osteotomii Ogstona był wcale korzystny. Zboczenie podudzia zostało zniesione prawie zupełnie, a operowany oddaje się nadal swéj pracy, nie doznając dolegliwości. Mógłby kto wprawdzie zarzucić, że ankyloza kolana, u tego chorego jest ujemną stroną operacyi. Zarzut taki jednak byłby zupełnie niesłuszny. Po pierwsze bowiem, ankyloza nie była zupełna, nie była kostna i nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że przez odpowiednie postępowanie możnaby powrócić ruchomość kolana. Nie było to

jednak zupełnie wskazaném i tutaj możnaby zastósować słowa Chassaignaca, że ankyloza jest stanem chorobowym, który uważać należy czasem za dobrodziejstwo, że jest to rodzaj *noli me tangere*, które trzeba umieć uszanować. *(Thèse de concours* 1841).

Chociaż bowiem ankyloza ta utrudniała nieco używanie odnogi, to jednak z drugiéj strony przyczyniała się do ustalenia odnogi, bez czego dawne zboczenie byłoby bez wątpienia napowrót wróciło. Widzieliśmy bowiem, że natychmiast po zdjęciu opaski gipsowéj w piątym dniu po operacyi mimo ustalenia odnogi w bucie Petita, podudzie zboczyło od nadanego mu przy operacyi kierunku, było to skutkiem skurczenia mięśnia dwugłowego uda, który przyczepiając się do główki strzałki, pociągał podudzie na zewnątrz. Skurczenie tego mięśnia było téż przyczyną, że mimo istnienia ankylozy przecie zboczenie to powiększyło się lubo nieznacznie przy pracy, jakiéj się chory oddawał po opuszczeniu kliniki, tak że w celu zapobiegnięcia dalszemu rozwojowi zboczenia polecono choremu noszenie szyny Lorinsera ustalającéj kolano. Najlepszym jednak dowodem, że operacyja w naszym przypadku odpowiadała wszelkim wymogom jest może to, że operowany jest z niéj zupełnie zadowolony.

O przypadku III nie wiele mam do powiedzenia. Jest on tylko dowodem, że rana nawet tak znaczna jak wypiłowanie klina kostnego ze stopy może się zagoić przy postępowaniu aseptyczném i przy zachowaniu zupełnéj nieruchomości odnogi pod jednym opatrunkiem i bez żadnych nieprzyjemnych przypadów. Wynik ten operacyi był bardzo zadowalający, stopa, jak to widać z powyższéj ryciny (fig. 6) odzyskała kształt prawidłowy i dziewczynka ta może chodzić po kilka godzin dziennie nie doznając żadnych dolegliwości.

Na jednę tylko okoliczność chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na skąpe wytwarzanie się kostniny w naszych przypadkach, gdyż w żadném miejscu zrośięcia się przeciętych kości nie można było wyczuć najmniejszego zgrubienia jéj jakie prawie bez wyjątku występuje nawet po prostych złamaniach kości. Czyżby to miało znaczyć, że oddziaływa-

nie zapalne pod opatrunkiem Listera jest jeszcze mniejsze niż przy ranach ściśle podskórnych? Sądzę że nie, a za jedyny powód tego zjawiska uważałbym to, że nawet przy zupełnie prostych złamaniach kości, ani powierzchnie odłamków nie są tak równe, ani zastósowanie ich tak dokładne, ani nadwyrężenie otaczających części miękkich tak małe, jak to ma właśnie miejsce przy osteotomii wykonanej podług prawideł sztuki.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1881. r.